

Biztosítási terméktájékoztató

a Budapest Bank Zrt. által nyújtott, a Tesco hálózatában igényelt Személyi kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosításhoz

Jelen terméktájékoztató a Budapest Bank Zrt. által nyújtott, a Tesco hálózatában igényelt személyi kölcsönszerződésekhez kapcsolódó csoportos hitelfedezeti biztosítás főbb jellemzőit tartalmazó egyszerűsített tájékoztató anyag, mely (1) nem tartalmazza az alkalmazandó feltételek összességét és (2) nem képezi a biztosításra vonatkozó szerződési feltételek részét. A jelen terméktájékoztató és az Általános Biztosítási Feltételek (ÁBF) és/vagy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek (KBF) között fennálló esetleges ellentmondás esetén az ÁBF és a vonatkozó KBF rendelkezései irányadók. A csoportos biztosítási szerződésre vonatkozó biztosítási feltételek megismerése céljából kérjük, olvassa el a mellékelt Általános és Különös

Biztosítási Feltételeket. Felhívjuk figyelmét, hogy a csoportos hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás nem automatikus, hanem választható, ezért hatálya Önre, mint Biztosítottra csak abban az esetben terjed ki, ha ezen szolgáltatást igényelte!

Szerződő:	Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank) Székhely:1138 Budapest, Váci út 193. Cégjegyzékszám.:01-10-041037		
Biztosító:	CARDIF Életbiztosító Zrt., Cégjegyzékszám: 01-10-044718 (haláleseti szolgáltatás) CARDIF Biztosító Zrt., Cégjegyzékszám: 01-10-044717 (egyéb szolgáltatások) Székhely: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.		
Biztosított:	Biztosítottként azok a természetes személyek csatlakozhatnak a csoportos biztosítási szerződéshez, akik a csatlakozási nyilatkozat megtételének időpontjában betöltötték a 18. életévüket, de nem múltak el 77 évesek (azaz legkésőbb a 78. életév betöltésének napját megelőző napig lehet csatlakozni).		
Biztosított kockázatok:	<p>66. életév betöltését megelőzően:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Keresőképzetlenség (táppénz) 4) Munkanélküliség <p><i>Munkaviszonyban* nem álló Biztosítottak esetén:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Keresőképzetlenség (táppénz) 4) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés <p>*A munkaviszony meghatározását a munkanélküliségi KBF 6.3. pontja tartalmazza.</p>	<p>66. életév betöltését követően:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Haláleset 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás 3) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés 	
Biztosítási szolgáltatás:	<p>Halál vagy Balesetből eredő min. 50%-os egészségkárosodás esetén a Biztosító kifizeti a folyósított kölcsön teljes összegét, melyből (1) a Biztosított hitelszámlájára utalja a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában fennálló tartozás összegét, (2) a Biztosított, illetve halálozás esetén a Biztosított örököse részére (több örökös esetén az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztva) átutalja az eredeti kölcsönösszeg és a fennálló kölcsöntartozás közötti különbség összegét.</p> <p>60 napot meghaladó keresőképzetlenség, illetve munkanélküliség esetén a Biztosító havonta megfizeti a törlesztőrészlet kétszeresét, fele-fele arányban a Biztosított hitelszámlájára, illetve a Biztosított által megjelölt bankszámlára. A Biztosító a szolgáltatást a keresőképzetlenség vagy regisztrált munkanélküliség ideje alatt nyújtja, annak 61. napját követően, legfeljebb 6 hónapon keresztül.</p> <p>Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés esetén a Biztosító napi 10 000 Ft-ot fizet a Biztosított részére a kórházi tartózkodás időtartamára, annak 4. napjától kezdődően, legfeljebb 30 napon keresztül.</p>		
A kockázatviselés kezdete:	A Biztosítók kockázatviselésének kezdő időpontja a csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 óra, de legkorábban a kölcsön folyósítás napja 0 óra.		
A szolgáltatással kapcsolatos egyéb tudnivalók:	Várakozási idő (munkanélküliség esetén):	Ha a Biztosított munkaviszonya a kockázatviselés kezdetétől számított 60 napon belül szűnt meg, úgy a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.	
	Szolgáltatási maximum:	Munkanélküliség és keresőképzetlenség esetén egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 6 havi szolgáltatást , a biztosítás tartam a során összesen legfeljebb 24 havi szolgáltatást nyújt a Biztosító.	
		Balesetből eredő kórházi kezelés esetén egy biztosítási eseményből eredően legfeljebb 30 napi szolgáltatást , a biztosítás tartama során összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatást nyújt a Biztosító.	
		A CARDIF Biztosító Zrt. egy Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa (összesen kifizetett összeg függetlenül a bekövetkezett biztosítási események számától és a szolgáltatás mennyiségétől) 20.000.000 forint , a CARDIF Életbiztosító Zrt. egy Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa ugyancsak 20.000.000 forint .	
	Teljesítési határidő:	A Biztosító szolgáltatása az elbíráláshoz szükséges összes dokumentum beérkezését követő 15 napon belül esedékes.	
	Elévülési idő:	A biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 2 év.	
Mentesülési okok:	Ld. az ÁBF 15.§-át.		
Kizárások:	Ld. az ÁBF 16.§-át, valamint a vonatkozó KBF 4.§-át (munkanélküliségi kockázat esetében a KBF 5.§-át)		
A biztosítási esemény bejelentése:	A biztosítási eseményt haladéktalanul be kell jelenteni az alábbi címen illetve telefonszámon: CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén), CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb esetekben); Kárrendezési osztály - 1033 Budapest, Kórház u. 6-12. Telefon: (1) 501-2352 A biztosítási esemény bejelentésére vonatkozó részletes rendelkezéseket az ÁBF 14.§-a, valamint a vonatkozó KBF 3.§-a (munkanélküliségi kockázat esetében 4.§-a) tartalmazza.		
A biztosítás megszüntetése:	Ön a biztosítást a csatlakozásról szóló visszaigazolás kézhezvételét követő első 30 napban a Bankhoz intézett írásos nyilatkozattal azonnali hatállyal felmondhatja, mely esetben az addig megfizetett díjat a Bank jóváírja Önnek. Ön a 30. napot követően is bármikor felmondhatja írásban a biztosítást a következő törlesztőrészlet esedékességére, 15 napos értesítési határidővel.		
A biztosítás havi díja:	A biztosítás havi díja a folyósított kölcsönösszeg 0,35%-a, amennyiben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor 18-65 éves. 0,55%-a, amennyiben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor a 66. életévét betöltötte.		

FONTOS! A biztosítási szerződésre tekintettel bejelentett szolgáltatási igény benyújtása a Biztosítottat a kölcsönszerződés alapján a Bank felé fennálló fizetési kötelezettségei alól nem mentesíti. A Bank felé a Biztosított köteles az esedékessé váló törlesztőrészleteket a Biztosító teljesítéséig megfizetni. A Biztosító szolgáltatása teljesítését követően a Bank a Biztosítottal, illetve örököseivel a fennmaradt tartozást/túlfizetést illetően elszámol.

A CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. csoportos hitelfedezeti biztosításának általános feltételei a Budapest Bank Zrt. által nyújtott, a Tesco hálózatában igényelt Személyi kölcsön szerződésekhöz

Általános Biztosítási Feltételek

(mindkét Biztosító szolgáltatására egyaránt vonatkoznak)

Jelen feltételek - ellenkező szerződéses kikötések hiányában - a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. (a továbbiakban együttesen: Biztosítók) és a Budapest Bank Zrt. között létrejött 10/É/2014 Budapest Bank és 10/B/2014 Budapest Bank számú csoportos biztosítási szerződésekre (a továbbiakban: csoportos biztosítási szerződés) érvényesek (azonban kizárólag azon ügyfélkőre alkalmazandók, akik (i) a személyi kölcsönt a Tesco hálózatában igényelték és (ii) a csoportos biztosítási szerződéshez a lábjegyzetben feltüntetett időintervallum alatt csatlakoztak).

Kifejezetten felhívjuk a figyelmet az ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 1.3., 3.8., 3.9., 6.1.8., 7.3.2., 7.3.3. pontjára, 8.§-ára, 9.6., 9.7., 9.8., 13.2., 13.4.2., 14.2., 14.4., 14.6., 14.7., pontjaira, 15.§-ára, 16.§-ára, 18.2. pontjára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - ÉLETBIZTOSÍTÁSI KOCKÁZAT 2.3. pontjára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - BALESETBŐL EREDŐ, MIN. 50%-OS EGÉSZSÉGGÁROSODÁS KOCKÁZAT 1.3. pontjára és 4.§-ra, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - KERESŐKÉPTELENSÉGI KOCKÁZAT 1.3., 2.2., 2.4., 2.5., 3.4. pontjaira és 4.§-ára, a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - MUNKANÉLKÜLSÉGI KOCKÁZAT 1.3, 2.2., 2.3., 2.4. pontjaira, 3.§-ára, 4.4. pontjára és 5.§-ára. és 6.3. pontjára, valamint a KÜLÖNÖS BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK - BALESETBŐL EREDŐ, 3 NAPOT MEGHALADÓ KÓRHÁZI KEZELÉS KOCKÁZAT 1.1., 2.1 pontjára és 4. §-ára.

1. § A csoportos biztosítási szerződés létrejötte, a biztosítási jogviszony alanyai

A csoportos biztosítási szerződés a szerződő és a Biztosítók között írásban jön létre.

- 1.1. A **Szerződő** a Budapest Bank Zrt. (a továbbiakban: Bank).
- 1.2. A **Biztosított** a Bankkal személyi kölcsönszerződéses jogviszonyban (a továbbiakban: Kölcsönszerződés) álló azon természetes személy, aki a **18. életévét már betöltötte**, és a csoportos biztosítási szerződéshez a 78. életvének betöltését megelőzően csatlakozott, a Biztosítóra vonatkozóan a kockázatviselés legkésőbb a 6.1.3. pont szerinti időpontig állhat fenn.
- 1.3. A **Biztosító** a haláleseti szolgáltatás esetében a CARDIF Életbiztosító Zrt., a többi szolgáltatás esetében a CARDIF Biztosító Zrt.

2. § A Biztosított csatlakozása a csoportos biztosítási szerződéshez

- 2.1. A csoportos biztosítási szerződések egyidejűleg több Biztosítóra vonatkoznak, amelyekhez a Biztosítottak az általuk tett csatlakozási nyilatkozat megtételével egyenileg csatlakoznak.
- 2.2. A Bank a jelen biztosítási feltételeket a kölcsönigényléskor a kölcsönszerződésre vonatkozó szerződési dokumentumokkal együtt átadja a hitelígnylő részére, melynek átvételét, megismerését és kötelező érvényét a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat 2.3 pont szerinti megtételével ismeri el.
- 2.3. A Bank kölcsönszerződést köt, vagy már aláírt kölcsönszerződéssel rendelkező, a 18. életévét már betöltött, de a 78. életévét még nem töltött ügyfele a csoportos biztosítási szerződéshez az alábbi módok szerint csatlakozhat:
 - 2.3.1. a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg aláír - a kölcsönigénylés részét képező - csatlakozási nyilatkozattal,
 - 2.3.2. a kölcsönigénylés aláírását követően a Bank telefonos ügyfélszolgálatát által tett közvetlen telefonos megkeresés alapján, rögzített szóbeli csatlakozási nyilatkozattal
- 2.4. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor (egyéb nyilatkozatok megtétele mellett):
 - 2.4.1. nyilatkozik arról, hogy 18 és 77 év közötti természetes személy,
 - 2.4.2. elfogadja a csoportos biztosítási szerződések feltételeit és hozzájárul ahhoz, hogy a Biztosítók kockázatviselése rá kiterjedjen,
 - 2.4.3. a csoportos biztosítási szerződésekhez Biztosítottként csatlakozik,
 - 2.4.4. vállalja a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díjának (ld. még a 9.2. pontban) megfizetését.
- 2.5. A Bank írásbeli visszaigazolást küld a Biztosított részére arról, hogy a csoportos biztosítási szerződés hatálya a szóbeli nyilatkozattal csatlakozott ügyfélre kiterjed. A visszaigazolás kézhezvételétől számított 30 napon belül a Biztosított a biztosítotti jogviszonyát a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal azonnali hatállyal felmondhatja (ld. még a 7.1. pontban).

3. § A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

- 3.1. A Bank köteles **(1)** a csoportos biztosítási szerződésekkel kapcsolatos megfelelő jognyilatkozatok megtételére, valamint **(2)** a Biztosítók által hozzá intézett jognyilatkozatokról és a csoportos biztosítási szerződésben bekövetkezett változásokról tájékoztatni azokat a Biztosítottakat, akikre az adott jognyilatkozat és/vagy változás hatást gyakorol.
- 3.2. A Biztosított a csatlakozási nyilatkozatban tett vállalása alapján köteles a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díjának (ld. még a 9.2. pontban) megfizetésére.
- 3.3. A Bank és a Biztosított köteles közlési kötelezettségének eleget tenni, valamint a Biztosítók által feltett, a biztosítás szempontjából szükséges kérdéseket a valóságnak megfelelően és teljes körűen megválaszolni.
- 3.4. A közlési kötelezettség abban áll, hogy a Bank és a Biztosított köteles a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt, adatot a Biztosítókkal írásban közölni, amelyeket ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Bank és a Biztosított közlési kötelezettségének eleget tesz.
- 3.5. A Biztosítók a szolgáltatás jogalapjának megállapításához a közölt adatokat ellenőrizhetik, saját orvosuk által vizsgálatot kezdeményezhetnek.
- 3.6. A Biztosítók kötelesek a tudomásukra jutott adatokat megőrizni és a biztosítási törvényben foglaltak szerint titokként kezelni.
- 3.7. A csoportos biztosítási szerződés feltételeit kizárólag a Bank és a Biztosító módosíthatják az általuk aláírt módosított szerződés útján.
- 3.8. **A Biztosítottakat kizárólag a biztosítotti jogviszonyuk azonnali hatállyal felmondásának (ld. a 7.1. pontban) és rendes felmondásának (ld. a 7.2. pontban) joga illeti meg.**

- 3.9. **A Biztosítottakat nem illeti meg (1) a csoportos biztosítási szerződésbe történő belépésnek, (2) a csoportos biztosítási szerződés módosításának és/vagy (3) a biztosított jogviszonyukra vonatkozó szerződési feltételek módosításának a joga.**

4. § A biztosítás tartama, a biztosítási időszak

- 4.1. A biztosítás tartama a Biztosítók kockázatviselése kezdetétől a kockázatviselés megszűnéséig terjedő időtartam, amely biztosítási időszakokra oszlik.
- 4.2. A biztosítási időszak az alábbi eltérésekkel egy hónap, mely az adott havi törlesztőrészlet esedékességétől a soron következő havi törlesztőrészlet esedékességéig tart.
 - 4.2.1. Az első biztosítási időszak a Biztosítók kockázatviselésének kezdetétől a csatlakozást követő első törlesztőrészlet esedékességéig tart.
 - 4.2.2. Az utolsó biztosítási időszak a megelőző biztosítási időszak utolsó napját követő napon kezdődik és a kockázatviselés megszűnéséig tart.

5. § A Biztosítók kockázatviselésének kezdete, tartama

- 5.1. A csoportos biztosítási szerződések egy adott Biztosítóra történő kiterjesztéséhez a Biztosított hozzájárulása szükséges, melyet a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor ad meg.
- 5.2. Ha a jelen feltételek (ld. 6.1.1 pont), a csoportos biztosítási szerződések és/vagy a vonatkozó különös biztosítási feltételek eltérően nem rendelkeznek, a Biztosítók kockázatviselése a Biztosított kölcsönszerződésének tartamán belül arra az időszakra terjed ki, amely alatt a Biztosítottnak kölcsöntartozása áll fenn a Bankkal szemben.
- 5.3. A Biztosítók a kockázatot az alábbi időponttól viselik:

- 5.3.1. a kölcsönigénylés részét képező - a kölcsönigénylés aláírásával egyidejűleg tett - csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a folyósítás napján 0 órától,
- 5.3.2. telefonon tett szóbeli csatlakozási nyilatkozattal történő csatlakozás esetén a szóbeli csatlakozási nyilatkozat megtételének napját követő nap 0 órától, de legkorábban a kölcsön folyósításának napján 0 órától.

6. § A Biztosítók kockázatviselésének megszűnése

- 6.1. Mindkét Biztosító kockázatviselése megszűnik:
 - 6.1.1. a Biztosított kölcsönszerződésének (a futamidő során esetlegesen módosult) lejáratú időpontjában, de legkésőbb az utolsó törlesztőrészlet esedékességének napján,
 - 6.1.2. ha a Biztosított kölcsönszerződése bármely okból megszűnik,
 - 6.1.3. a Biztosított 80. életvének betöltését követő naptári év január hónapjának azon napján, amelyen az adott havi törlesztőrészlet esedékes,
 - 6.1.4. a Biztosított halálával,
 - 6.1.5. a biztosítotti jogviszony azonnali hatállyal felmondása (ld. 7.1. pont) esetén a felmondás hatálya lépésének napján (ld. még 7.1.3. pont) míg a biztosítotti jogviszony rendes felmondása esetén (ld. 7.2. pont) a díjjal fedezett időszak utolsó napján 24 órákor,
 - 6.1.6. a csoportos biztosítási szerződésnek a Bank vagy a Biztosító általi rendkívüli felmondása esetén (ld. 7.3 pont) a folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 órákor,
 - 6.1.7. ha a Biztosított aktuális kölcsöntartozását a Biztosító a biztosítási események bekövetkezése esetén kiegyenlíti,
 - 6.1.8. **ha a Biztosított a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díját (ld. még a 9.2. pontban) annak esedékességétől (ld. a 9.5. pontban) számított 90 napig nem fizette meg a Banknak, a 90. napon 24 órákor.**

7. § Felmondás

- 7.1. **A biztosítotti jogviszony azonnali hatállyal felmondása**
 - 7.1.1. A Biztosított a csatlakozása folytán létrejött biztosítotti jogviszonyt a Bank által küldött írásbeli visszaigazolás (ld. még a 2.5. pontban) kézhezvételétől számított 30 napon belül indokolási- és fizetési kötelezettség nélkül írásban (levélben) azonnali hatállyal felmondhatja. Az azonnali hatállyal felmondást akkor kell határidőben érvényesítennek tekinteni, ha a Biztosított a felmondó nyilatkozatát a 30 napos határidő lejártá előtti postára adja vagy egyéb igazolható módon elküldi.
 - 7.1.2. A határidőn túl tett felmondó nyilatkozat a 7.2. pont szerinti rendes felmondásnak minősül.
 - 7.1.3. A Biztosított azonnali hatállyal felmondása a Bankhoz történő beérkezése napján lép hatályba. Az azonnali hatállyal felmondást legkésőbb az elküldését követő negyedik munkanapon 24 órákor beérkezettnek kell tekinteni azzal, hogy a Biztosító bizonyíthatja, hogy a felmondó nyilatkozatot a Bank korábban vette kézhez.
- 7.2. **A biztosítotti jogviszony rendes felmondása**
 - 7.2.1. A Biztosított jogosult a biztosítotti jogviszonyt a Bankhoz intézett írásbeli nyilatkozattal, 15 napos felmondási idővel a következő törlesztő részlet esedékességének napjára felmondani.
- 7.3. **A csoportos biztosítási szerződés felmondása rendkívüli felmondás útján**
 - 7.3.1. Amennyiben a Biztosítók vagy a Bank a csoportos biztosítási szerződésekben foglalt lényeges kötelezettségeiket nem, vagy nem szerződésszerűen teljesítik, a másik Felet megilleti az azonnali hatállyal felmondás joga. E jogával a Fél akkor élhet, ha a szerződésszegő Félhez intézett írásbeli nyilatkozatban - a bizonyítékokra hivatkozással - közli a szerződésszegő magatartás vagy mulasztás tényét és a másik Fél a szerződésszegő magatartást vagy mulasztást a felhívás kézhezvételétől számított 30 napon belül nem szünteti meg.
 - 7.3.2. **A biztosítási szerződések azonnali hatállyal felmondása esetén a felmondás időpontjáig Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme - egyéb megállapodás hiányában - a folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn.**
 - 7.3.3. **Ha a biztosítási díj módosítása válik szükségessé és arról a Bank és a Biztosított nem tudnak megállapodni, akkor a Biztosítók jogosultak a csoportos biztosítási szerződéseket rendkívüli felmondás útján felmondani. Ilyen esetben (i) a rendkívüli felmondás hatálya lépését követően a csoportos biztosítási szerződésekhez újabb ügyfelek nem csatlakozhatnak, (ii) a rendkívüli felmondás időpontjáig Biztosítottnak tekintendő személyek biztosítási védelme a folyó biztosítási időszak utolsó napján 24 óráig áll fenn, (iii) a Bank írásban tájékoztatja az egyes Biztosítottakat a rájuk vonatkozó csoportos biztosítási szerződések rendkívüli felmondás miatti megszűnéséről.**

8. § Területi hatály

Az életbiztosítási kockázat esetében a Biztosított halála a világ bármely országában bekövetkezhet.

- 8.1. A balesetből eredő, min. 50%-os egészségkárosodás kockázat esetében a biztosítási eseményre vezető baleset, a keresőképtelenségi kockázat esetében a keresőképtelenséget okozó baleset vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet azzal, hogy a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseménynek mindkét kockázat esetében Magyarország területén kell bekövetkeznie.
- 8.2. A munkanélküliségi kockázat alapján a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseménynek Magyarország területén kell bekövetkeznie.

9. § A díjfizetésre vonatkozó rendelkezések

- 9.1. A **biztosítási díjat**, mely a Biztosítók kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, a Bank, mint szerződő fizeti meg a Biztosítóknak a csoportos biztosítási szerződés rendelkezései szerint.
- 9.2. A **hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díja** a Bank által a Biztosítottra hárított összeg, amely a Bank által ügyfelei javára megszervezett és működtetett csoportos biztosítási konstrukció adott Biztosítottra való kiterjesztésének és fenntartásának az ellenértéke.
- 9.3. A Bank a Biztosítottra vonatkozóan minden biztosítási időszakra (akkor is, ha az adott Biztosított esetében a biztosítási időszak tört időszak) a teljes biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjat köteles megfizetni. Ugyanígy a Biztosított is a teljes biztosítási időszakra vonatkozóan köteles a Banknak megfizetni a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás havi díját.
- 9.4. A hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás havi díja a folyósított kölcsönösszeg 0,35%-a, amennyiben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor 18-65 éves; illetve 0,55%-a, amennyiben a Biztosított a csatlakozási nyilatkozat megtételekor a 66. életévét betöltötte.
- 9.5. Ha a Biztosított a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatást is igénybe veszi (azaz csatlakozik a csoportos biztosítási szerződéshez), akkor a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás havi díjának összegét a Bank számítja ki és - a Biztosított által a Bank részére a csatlakozási nyilatkozatban adott felhatalmazás alapján - szedi be a havi törlesztőrészekkel együtt. A hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díja ugyanazon a napon esedékes, mint a havi törlesztőrészlet és az adott esedékességi időponttal lezárult, már eltelt biztosítási időszakra vonatkozik.
- 9.6. Ha a Biztosítók kockázatviselésének megszűnésakor folyamatban lévő biztosítási időszakra vonatkozóan a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díja még nem került megfizetésre, a Bank a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig járó díjakat (1) a Biztosítók kockázatviselésének megszűnését követő legközelebbi esedékességi időpontban szedi be, ha a kölcsönszerződés a kockázatviselés megszűnésével egyidejűleg nem szűnt meg, (2) a kölcsönszerződés lezárásakor számolja el, ha a kockázatviselés a kölcsönszerződés megszűnésével együtt szűnt meg. Amennyiben ez nem sikeres, úgy a Biztosítók kockázatviselése annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján 24 óráig áll fenn, amely biztosítási időszakra vonatkozóan a Biztosított a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díját még megfizette.
- 9.7. A Bank és a Biztosítók jogosultak a biztosítási díj mértékének a módosításában is megállapodni, melynek nyomán a **hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díja is módosulhat**.
- 9.8. Ha a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díja emelkedik, a Bank legalább a díjemelés hatályba lépését megelőzően 30 naptári nappal korábban írásban értesíti a díjemelés által érintett Biztosítottakat a díj módosulásáról. Ha a Biztosított a díjemelést nem fogadja el, jogosult a biztosítási jogviszonyát a 7.2. pontban foglaltak szerinti rendes felmondással megszüntetni.

10. § Értékkövetés

A Biztosítók értékkövetést nem alkalmaznak.

11. § Maradékjogok, kötvénykölcsön

A CARDIF Életbiztosító Zrt. által nyújtott életbiztosításnak nincs matematikai díjtartaléka. Ebből következően az életbiztosításhoz maradékjogok nem tartoznak, tehát az nem visszavásárolható, és a díjmentes leszállítás sem alkalmazható. Az életbiztosításra kötvénykölcsön nem nyújtható.

12. § A biztosítási esemény, a Biztosítottra vonatkozó kockázatok

- 12.1. A csoportos biztosítási szerződés alapján az alább felsoroltak számítanak biztosítási eseménynek:
- 1) Haláleset
 - 2) Balesetből eredő végleges, min. 50%-os egészségkárosodás
 - 3) Keresőképtelenség (táppénz)
 - 4) Munkanélküliség
 - 5) Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés
- 12.2. A fenti biztosítási események meghatározását a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák.
- 12.3. Ha (i) a Biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem haladja meg a 66 évet és (ii) a Biztosított a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.3. pontja szerinti munkaviszonnyal rendelkezik, akkor ő a 12.1. pontban felsorolt 1-4. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül.
- 12.4. Ha (i) a Biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor nem haladja meg a 66 évet és (ii) a Biztosított a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 6.3. pontja szerinti munkaviszonnyal nem rendelkezik, akkor ő a 12.1. pontban felsorolt 1, 2, 3, és 5. kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül.
- 12.5. Ha a Biztosított életkora a biztosítási esemény bekövetkezésekor meghaladja a 66 évet, akkor ő a 12.1. pontban felsorolt 1., 2. és 5. számú kockázatokra kiterjedő biztosítási fedezetben részesül.

13. § A Biztosítók szolgáltatása

- 13.1. Általános rendelkezések
- 13.1.1. A vonatkozó biztosítási esemény bekövetkezésekor az adott Biztosító az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja:
- 13.1.1.1. **a Biztosított halála esetén** a CARDIF Életbiztosító Zrt., **a Biztosított balesetből eredő, min. 50%-os egészségkárosodása esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott feltételekkel megtéríti (1) a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a kölcsönszerződés alapján folyósított kölcsönösszegből a

biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 1.§-ában) fennálló tartozás összegét, valamint (2) a Biztosított (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse) által megadott bankszámlára pedig a Bank által folyósított kölcsönösszeg és a biztosítási esemény időpontjában fennálló kölcsöntartozás közötti különbség összegét. Ha a jogerős hagyatékátadó végzés több örököszt nevesít, a Biztosító a folyósított kölcsönösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbség összegét az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztja és az egyes örökösök részére járó összeget utalja az általuk megadott bankszámlára.

- 13.1.1.2. **a Biztosított keresőképtelensége vagy munkanélkülisége esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott módon, feltételekkel és időtartamra megfizeti (1) a biztosítási esemény időpontjától esedékes törlesztőrészlet (meghatározását ld. a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben) összegét a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitelszámlára, valamint (2) ugyanekkora összeget a Biztosított részére, a Biztosított által megadott bankszámlára.
- 13.1.1.3. **a Biztosított 3 napot meghaladó, balesetből eredő kórházi kezelése esetén** a CARDIF Biztosító Zrt. a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget a vonatkozó Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott módon és feltételekkel megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára.

- 13.2. **A CARDIF Biztosító Zrt. egy Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa (összesen kifizetett összeg függetlenül a bekövetkezett biztosítási események számától és a szolgáltatás mennyiségétől) 20.000.000 forint, a CARDIF Életbiztosító Zrt. egy Biztosítottra vonatkozó kockázatvállalásának felső határa ugyancsak 20.000.000 forint.**

13.3. Hitelkiváltással kapcsolatos külön rendelkezések

Ha a Biztosított a biztosítással fedezett kölcsönszerződése alapján (a továbbiakban: **Előzményi Kölcsönszerződés**) fennálló tartozást egy másik, a Bank által folyósított (szintén hitelfedezeti biztosítással fedezett) személyi kölcsönszerződésből (a továbbiakban: **Új Kölcsönszerződés**) fizeti vissza (a továbbiakban: **Hitelkiváltás**) és az Előzményi Kölcsönszerződés(ek)re vonatkozó kockázatviselés megszűnését az Új Kölcsönszerződésre vonatkozó kockázatviselés kezdete megszaktítás nélkül követi, akkor a Biztosítók a szolgáltatást az alábbi eltérésekkel nyújtják:

- 13.3.1. Ha keresőképtelenség vagy haláleset esetén a bejelentett biztosítási esemény meglévő betegsége vagy állapotra vezethető vissza és az adott biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában hatályos kölcsönszerződésre (a továbbiakban: **Aktuális Kölcsönszerződés**) vonatkozó kockázatviselési kezdet és a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja között még nem telt el két év és emiatt a meglévő betegsége vonatkozó kizárást (ld. a 16.3. pontban) kellene alkalmazni, a Biztosítók, a kizárás alkalmazása helyett (i) vagy a bejelentett biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját kettő évvel megelőzően hatályban volt kölcsönszerződés (ha van olyan) szerinti folyósított kölcsönösszeg és havi törlesztőrészlet alapul vételével, (ii) vagy az Aktuális Kölcsönszerződés szerinti folyósított kölcsönösszeg és havi törlesztőrészlet alapul vételével nyújtják a szolgáltatást, attól függően, hogy a két folyósított kölcsönösszeg közül melyik az alacsonyabb. Ha a bejelentett biztosítási esemény bekövetkezésének időpontját kettő évvel megelőzően a Biztosítók a Biztosítottra vonatkozóan még egyetlen Előzményi Kölcsönszerződésre vonatkozóan sem viseltek kockázatot, a Biztosítók a szolgáltatást a meglévő betegsége vonatkozó kizárás alapján elutasítják.
- 13.3.2. Munkanélküliségi kockázat esetében, ha az Előzményi Kölcsönszerződés(ek)re vonatkozó kockázatviselés megszűnését az Új Kölcsönszerződésre vonatkozó kockázatviselés kezdete megszaktítás nélkül követi, akkor az Új Kölcsönszerződésre vonatkozó kockázatviselési kezdetnél nem kell újból alkalmazni a munkanélküliségi kockázatra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek 3.§-ában a várakozási időre vonatkozó rendelkezéseket, amennyiben az Előzményi Kölcsönszerződés esetén az már lelet.

13.4. A CARDIF Biztosító Zrt-re vonatkozó rendelkezések

- 13.4.1. A CARDIF Biztosító Zrt. a biztosítási szolgáltatást egyidejűleg csak egy jogcímen teljesíti. Ha a Biztosítottnak a biztosítási szolgáltatás teljesítésének tartama alatt egy másik jogcímen is szolgáltatási igénye keletkezik, a CARDIF Biztosító Zrt. mindaddig az elsőként bejelentett biztosítási esemény alapján teljesít, amíg ezen a jogcímen a Biztosított szolgáltatásra jogosult. Ez a rendelkezés nem alkalmazandó a keresőképtelenséget követő min. 50%-os egészségkárosodás jogcímen teljesítendő szolgáltatásra. Ilyen esetben a második biztosítási esemény időpontjától a CARDIF Biztosító Zrt. a min. 50%-os egészségkárosodás jogcímen nyújtja a biztosítási szolgáltatást.
- 13.4.2. **A CARDIF Biztosító Zrt. keresőképtelenség és munkanélküliség esetén egy Biztosítottra és biztosítási eseményre vonatkozóan legfeljebb 6 havi szolgáltatást, a biztosítás tartama során - a biztosítási események számától függetlenül - biztosítási kockázatonként külön-külön összesen legfeljebb 24 havi szolgáltatást nyújt.**

14. § A biztosítási esemény bejelentése, a Biztosítók teljesítése, a teljesítéshez szükséges iratok

- 14.1. A Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt haladéktalanul bejelenteni az érintett Biztosítónak az alábbi címen illetve telefonszámon:
- CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleset esetén)
CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb esetekben)
Kárrendezési osztály - 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.
Telefon: (1) 501-2352
- 14.2. **Az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési és a szükséges felvilágosítás adási kötelezettségek megsértése miatt lényeges körülmények kideríthetetlenül váltak.**
- 14.3. A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a Biztosítók a következő dokumentumokat kérhetik:
- 14.3.1 a Banktól a Biztosított csatlakozási nyilatkozatát (szóbeli csatlakozási nyilatkozat esetén annak hangfelvételét),

- 14.3.2. a biztosítási szolgáltatást igénylő személy (a Biztosított halála esetén a Biztosított örököse vagy hozzátartozója, egyéb esetekben a Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy) által kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványt,
- 14.3.3. baleset esetén a baleseti jegyzőkönyvet, ha ilyen készült,
- 14.3.4. az érintett Biztosító által a 14.4. pontban meghatározott dokumentumok közül azokat vagy azok másolatait, amelyek a jogosultság és a biztosítási esemény megállapításához szükségesek,
- 14.3.5. ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentumok hitelesített magyar fordítását,
- 14.3.6. haláleset esetén a Biztosított örököse részére teljesítendő szolgáltatás teljesítéséhez be kell nyújtani a jogerős hagyatékatadó végzés másolatát.
- 14.4. Az érintett Biztosító a biztosítási szolgáltatás iránti igény alapját képező betegségekre nézve az alábbi dokumentumokat illetve azok másolatát kérheti: a csoportos biztosítási szerződésekhez való csatlakozást megelőző évekre visszamenőlegesen a biztosítási esemény bekövetkezéséig minden kórházi zárójelentést, műtéti leírást, ambuláns lapot, szakorvosi rendelői és/vagy gondozóintézeti orvosi dokumentumokat, diagnosztikus leleteket, háziorvosi- gépi pacienskartont, egészségkárosodást megállapító orvosi bizottság határozatát.
- 14.5. Az egyes biztosítási kockázatokra / szolgáltatásokra vonatkozó különös biztosítási feltételek a fentiek túl további dokumentumok benyújtását írhatják elő.
- 14.6. Abban az esetben, ha az érintett Biztosító által kért dokumentumokat nem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- 14.7. Az érintett Biztosító az elbíráláshoz szükséges valamennyi dokumentum beérkezését követő 15 napon belül (a haláleset esetén a Biztosított örököse részére teljesítendő szolgáltatást illetően) a jogerős hagyatékatadó végzés másolatának benyújtását követő 15 napon belül) köteles szolgáltatását teljesíteni.

15. § A Biztosítók mentesülése

15.1. Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó mentesülési okok:

- 15.1.1. A közlési kötelezettség megsértése esetében az érintett Biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhaggyott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a kockázatviselés kezdetekor már ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- 15.1.2. Amennyiben az érintett Biztosítónak a biztosítási esemény után tudomására jut, hogy azt bármely olyan körülmény idézte elő, amely a kockázatviselés kezdetekor - szándékosan pontatlan vagy hiányos információk miatt - nem volt előre meghatározható, holott a kockázatvállalás szempontjából lényeges lett volna, a Biztosító jogosult a szolgáltatását megtagadni.
- 15.1.3. A Biztosítók mentesülnek a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított - a biztosítás hatályba lépését követően - két éven belül bekövetkező öngyilkosság kísérletével vagy öngyilkosságával, függetlenül attól, hogy azt tudatvárában követte el.

15.2. A CARDIF Biztosító Zrt-re vonatkozó további mentesülési okok:

- 15.2.1. a CARDIF Biztosító Zrt. mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítást nyer, hogy a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenes, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő. Súlyosan gondatlan magatartás okozta balesetnek, illetve betegségnek minősül, ha:
- 15.2.1.1. a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben következett be,
- 15.2.1.2. a biztosítási esemény a Biztosított rendszeres alkoholfogyasztásával összefüggésben következett be, vagy bódító, kábító, vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával összefüggésben, illetve toxikus anyagok szedése miatti függése folytán áll be,
- 15.2.1.3. a baleset idején a Biztosított alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott,
- 15.2.1.4. a biztosítási esemény a Biztosított jogosítvány, vagy érvényes forgalmi engedély nélküli gépjárművezetése közben következett be, és a Biztosított mindkét esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,
- 15.2.1.5. a biztosítási eseményt következett be, hogy a Biztosított engedélyhez kötött tevékenységet engedély nélkül végzett,
- 15.2.1.6. a biztosítási esemény a Biztosított munkavégzése során, a munkavédelmi szabályoknak a Biztosított általi súlyos megsértése miatt következett be,
- 15.2.1.7. diagnosztizált betegség esetén a Biztosított az orvosi utasításokat nem tartotta be és ennek következményeként szövődmény, állapotromlás következett be, ami megelőzhető lett volna.

- 15.3. A 15.1 pontban írt eseteken felül a CARDIF Életbiztosító Zrt. mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben hal meg.

16. § Kizárások

Mindkét Biztosító esetében alkalmazandó kizárások:

- 16.1. A Biztosítók kockázata nem terjed ki arra az esetre, ha a bekövetkezett biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 16.1.1. harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel (jelen feltételek szempontjából harci cselekménynek minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, határvillongás, felkelés, forradalom, zendülés, törvényes kormány elleni puccs vagy puccskíséret, polgárháború, népi megmozdulás, például nem engedélyezett tüntetés, vagy be nem jelentett, illetve nem engedélyezett sztrájk, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei például csak légi csapás vagy csak tengeri akció, kommandó támadás, terrorcselekmény),
- 16.1.2. állam elleni bűncselekményekkel, felkelésekkel, vagy zavargásokkal (e felvétel szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít: különösen lázadás, kémkedés, rombolás), kivéve a bejelentett tüntetéseket,

- 16.1.3. atomkárakkal (nukleáris hasadás, nukleáris reakció, fúzió, radioaktív-, ionizáló- illetve lézersugárzás valamint ezek szennyezése, kivéve az orvosiilag előírt terápiás célú sugárkezelést),
- 16.1.4. fegyver, robbanószer, vegyi vagy gyúlékony anyagok használatával (kivéve rendőri esetekben),
- 16.1.5. egyéb, hivatásosan üzött kockázatosnak minősülő tevékenységekkel, különösen a búvárkodás, barlangászat, hegymászás, egyéni hajózás, vitorlázás, vadvízi evezés, tengeri horgászat.
- 16.2. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított halála, balesete vagy betegsége
- 16.2.1. gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járműben hazai vagy nemzetközi sportversenyen való részvétel következtében, vagy ilyen versenyekre való felkészülés során következett be,
- 16.2.2. nem a szervezett légi forgalom keretében végrehajtott légi úton való részvétel, hanem egyéb (akár motoros, akár motor nélküli) repülés vagy repülősportolás következménye,
- 16.2.3. hivatásos sportolónként végzett, a saját megélhetését biztosító sporttevékenysége során következett be.
- 16.3. A Biztosítók kockázatviselése a csatlakozást követő első két évben bekövetkezett biztosítási események vonatkozásában nem terjed ki a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, kóros állapottal vagy a veleszületett rendellenességekkel (együttesen: meglévő betegség) és azok következményeivel okozati összefüggésben álló eseményekre abban az esetben, ha a kockázatviselés kezdetekor a meglévő betegségről a Biztosított tudomással bírt. Jelen kizárás nem alkalmazandó hitelkiváltás esetén, ha a 13.3.1. pontban írt feltételek fennállnak.
- 16.4. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a Biztosított járművezetés közben alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt, és ez a tény a baleset bekövetkezésében közrehatott. Alkoholos állapotnak tekintendő a 2,5 ezreléket meghaladó, gépjárművezetés közben a 0 ezreléket meghaladó véralkohol-koncentráció.
- 16.5. A Biztosítottnak a csatlakozási nyilatkozatban adott szándékosan valótlan válaszaival esetén a Biztosítók megtagadják a szolgáltatást.
- 16.6. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított nem orvosi javallatra, vagy nem az előírt adagolásban történő gyógyszer szedésével.
- 16.7. A Biztosítók nem viselik a kockázatot, ha a biztosítási esemény összefüggésben áll a Biztosított súlyosan ittas állapotával, bódító, kábító vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával.

A CARDIF Biztosító Zrt. esetében alkalmazandó további kizárások:

- 16.8. A kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett baleset vagy betegség miatt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek illetve a sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.
- 16.9. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésékor köteles indokolatlan késedelem nélkül orvosi ellátást igénybe venni, valamint a kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatni. A CARDIF Biztosító Zrt. jogosult a szolgáltatást részben vagy egészben megtagadni, amennyiben a Biztosított e kötelezettségének nem tett eleget.
- 16.10. A CARDIF Biztosító Zrt. kockázatviselése nem terjed ki az olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekre, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók (például migrén, vagy a gerinc egyes degeneratív betegségei (polidiszkopátia) és azok közvetett vagy közvetlen következményei, stb.)

17. § A panaszok bejelentése, jogorvoslati fórumok

- 17.1. A csoportos biztosítási szerződésekkel kapcsolatban felmerült panaszokat szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, formanyomtatványon, faxon) az érintett Biztosítónál lehet bejelenteni az alábbi elérhetőségeken:

- CARDIF Életbiztosító Zrt. (haláleseti szolgáltatás esetén)
 - CARDIF Biztosító Zrt. (egyéb biztosítási szolgáltatások esetén)
- Cím: 1033 Budapest, Kórház u. 6-12.,
Tel: 06-1-501-2345
Fax: 06-1-501-2301

- 17.2. A Biztosító a szóbeli panaszt azonnal megvizsgálja (kivéve, ha annak azonnali kivizsgálása nem lehetséges), és szükség szerint orvosolja. Ha a szóbeli panasz azonnali kivizsgálása nem lehetséges, vagy a panaszos a panaszos a panasz kezelésével nem ért egyet, a Biztosító a panaszról és az azzal kapcsolatos álláspontjáról jegyzőkönyvet vesz fel, és annak egy másolatát példányát (1) a személyesen közölt szóbeli panasz esetén az ügyfélnek átadja, (2) telefonon közölt szóbeli panasz esetén a panasz közlését követő 30 napon belül küldi meg a panasz kivizsgálásáról szóló, indoklással ellátott álláspontjával egyidejűleg.
- 17.3. A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indoklással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek. A Biztosító a panaszkezelés során köteles úgy eljárni, hogy a körülmények által adott lehetőségekhez mérten elkerülje a pénzügyi fogyasztói jogvita kialakulását.
- 17.4. A Biztosítók felügyeleti szerve:
Magyar Nemzeti Bank
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- 17.5. A panasz megoldásának sikertelensége esetén a panaszos az alábbi lehetőségek közül választhat:

- 17.5.1. Jogszabálysértés, így különösen a Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén a Magyar Nemzeti Banknál fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet

Magyar Nemzeti Bank Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ 1013 Budapest, Krisztina körút 39. (Levélcíme: H-1534 Budapest BKKP Pf.:777.)
Telefon: (36-40) 203-776, Fax: (36-1) 489-9102,
E-mail: ugyfelszolgalat@mbn.hu

A fogyasztóvédelmi eljárás kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés menüpont alatt,
- az MNB honlapján (<http://www.mnb.hu/letoltes/fogyasztoi-kerelem-az-mnbhez-4.doc>)

- 17.5.2. A biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén

- 17.5.2.1. bírósághoz fordulhat, vagy
17.5.2.2. a Pénzügyi Békéltető Testület eljárását kezdeményezheti
(Cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Levélcím: H-1525 Budapest
BKBP Pf.: 172., Telefon: (36-40) 203-776,
E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu

A PBT eljárásának kezdeményezésére abban az esetben van lehetőség, ha a Biztosítóhoz panaszt nyújtott be és annak során a jogvitát nem sikerült megoldani.

A PBT eljárásának kezdeményezéséhez szükséges formanyomtatvány megtalálható:

- a Biztosító honlapján (www.bnpparibascardif.hu) a „panaszkezelés” menüpont alatt,
- az MNB honlapján a PBT aoldalon (<http://www.mnb.hu/bekeltetes/kerelem-es-egyeb-nyomtatvanyok/kerelem-nyomtatvany>)

18. § Egyéb rendelkezések

- 18.1. A Biztosítók a hozzájuk eljuttatott adatokat, bejelentéseket és jognyilatkozatokat csak akkor kötelesek hatályosnak tekinteni, ha azokat írásban vagy elektronikus formában juttatták el hozzájuk.
- 18.2. **A biztosításból eredő igények a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított 2 év elteltével elmullosznak.**
- 18.3. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ

A biztosítási titok, a személyes adatok kezelésének elvi és gyakorlati tudnivalói

A személyes adatok kezelése

- A biztosítók adatkezelési nyilvántartási száma:
 - 1.1.1. CARDIF Életbiztosító Zrt.: NAIH-56812/2012
 - 1.1.2. CARDIF Biztosító Zrt.: NAIH-56517/2012
- Személyes adat egy meghatározott természetes személlyel (érintettel) kapcsolatba hozható adat - különösen az érintett neve, azonosító jele, valamint egy vagy több fizikai, fiziológiai, mentális, gazdasági, kulturális vagy szociális azonosságára jellemző ismeret -, valamint az adatból levonható, az érintettre vonatkozó következtetés. A Biztosítóval közölt személyes adat biztosítási titoknak minősül.
- A Biztosító kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti:
 - 3.1. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő egészségügyi adatokat az Eüak. rendelkezései szerint,
 - 3.2. az információs szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) szerinti különleges adatnak minősülő, az ügyfél egészségi állapotára, kóros szenvedélyére vonatkozó személyes adatot.
- Személyes adat kezelhető akkor is, ha az érintett hozzájárulásának beszerzése lehetetlen vagy aránytalan költséggel járna, és a személyes adat kezelése (i) az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése céljából szükséges, vagy (ii) az adatkezelő vagy harmadik személy jogos érdekének érvényesítése céljából szükséges, és ezen érdek érvényesítése a személyes adatok védelméhez fűződő jog korlátozásával arányban áll.
- Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.
- A Biztosító az Infotv. szerinti nyilvántartást vezet a személyes adatok továbbításáról. Az adat-továbbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a 3.1. és 3.2. pontokban meghatározott adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törli a Biztosító.
- A Biztosító a személyes adatokat:
 - 7.1. létrejött biztosítási szerződés esetén a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető,
 - 7.2. létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatban addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- Az érintett kérelmezheti az adatkezelőnél
 - 9.1. tájékoztatását személyes adatai kezeléséről,
 - 9.2. személyes adatainak helyesbítését, valamint
 - 9.3. személyes adatainak – a kötelező adatkezelés kivételével – törlését vagy zárolását.
- Az ügyfél kérésére a Biztosító köteles az általa vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól tájékoztatást adni és az ügyfél által kezdeményezett változásokat adatbázisán átvezetni.
- Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A Biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. Az érintett a Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóságnál bejelentéssel vizsgálatot kezdeményezhet arra hivatkozással, hogy személyes adatok kezelésével kapcsolatban jogsérelem következett be, vagy annak közvetlen veszélye fenáll. A Biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta. Ha az adatkezelő az érintett adatainak jogellenes kezelésével vagy az adatbiztonság követelményeinek megszegésével az érintett személyiségi jogát megsérti, az érintett az adatkezelőtől sérelemdíjat követelhet.

A biztosítási titok

13. Biztosítási titok minden olyan - minősített adatot nem tartalmazó -, a Biztosító és a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító és a biztosításközvetítő egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
14. A Biztosító a biztosításközvetítő ügyfeleinek azon adatait jogosult kezelni, amelyek a biztosítotti jogviszony létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítotti jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a Csoporthoz Biztosítási Szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges cél lehet.
15. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli a Biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a Biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
16. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha
 - 16.1. a Biztosító, a biztosításközvetítő ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
 - 16.2. a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény 138. §-ában meghatározott esetekben a titoktartási kötelezettség nem áll fenn az alábbi hatóságokkal, illetve szervezetekkel szemben:
 - 16.2.1. feladatkörében eljáró felügyelet, azaz a Magyar Nemzeti Bank (továbbiakban: MNB),
 - 16.2.2. nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatóság és ügyészség,
 - 16.2.3. büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bíróság, a bíróság által kirendelt szakértő,
 - 16.2.4. végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtó,
 - 16.2.5. a természetes személyek adósságrendeziési eljárásában eljáró főhitelező, Családi Csődvédelmi Szolgálat, családi vagyonfelügyelő és bíróság,
 - 16.2.6. a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, továbbá általa kirendelt szakértő,
 - 16.2.7. adóhatóság, amennyiben adóügyben, az adóhatóság felhívására a Biztosító külön törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről külön törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
 - 16.2.8. feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálat,
 - 16.2.9. feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatal,
 - 16.2.10. a feladatkörében eljáró gyámhatóság,
 - 16.2.11. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§-a (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szerv,
 - 16.2.12. a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv,
 - 16.2.13. a vizontbiztosító, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítók,
 - 16.2.14. állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében - az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint - az átvevő biztosító,
 - 16.2.15. a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa,
 - 16.2.16. a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatóság.A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül a fentiekben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
17. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn:
 - 17.1. a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 2013. évi CCXXXVII. törvényben meghatározott pénzügyi intézménnyel szemben a pénzügyi szolgáltatásból eredő követeléshez kapcsolódó biztosítási szerződés vonatkozásában, ha a pénzügyi intézmény írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját,
 - 17.2. a nemzetbiztonsági szolgálat, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával a nyomozó hatóság írásbeli megkeresésére esetén. A Biztosító akkor is köteles haldéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet – a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, az ügyészség, továbbá az ügyész jóváhagyásával, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszervezetben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel, – a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) szerinti kábítószer-kereskedéssel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésével elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel visszaéléssel, pénzmosással, bűnszervezetben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
 - 17.3. abban az esetben, ha a Biztosító az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget,
 - 17.4. ha
 - 17.4.1. a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
 - 17.4.2. a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot.
18. A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
19. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
 - 19.1. az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,

- 19.2. a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- 19.3. ha a Biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfélemlés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény (a továbbiakban: FATCA-törvény) alapján az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közigazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény (a továbbiakban: Aktv.) 43/B-43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki,
- 19.4. ha a biztosító által az adóhatóság felé történő adatszolgáltatás az Aktv. 43/H. §-ában foglalt kötelezettség, valamint a FATCA-törvény alapján az Aktv. 43/B. és 43/C. §-ában foglalt kötelezettség teljesítésében merül ki.
- 19.5. a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.
20. A Biztosító, valamint tulajdonosa, a Biztosítóban részesedést szerezni kívánó személy, a vezető állású személy, egyéb vezető, valamint a biztosító és a viszontbiztosító alkalmazottja, megbízottja a működésével kapcsolatban a tudomására jutott biztosítási titoknak is minősülő üzleti titkot köteles időbeli korlátozás nélkül megőrizni, azt harmadik személynek nem adhatja át.
21. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.
22. A Biztosítók tájékoztatják a Biztosítottat, hogy a Biztosítók informatikai felügyeletét ellátó GIE BNP Paribas Cardif (cégjegyzékszám: 318 246 899 RCS Paris, székhely: 1, Boulevard Haussmann 75009 Paris) – mint kiszervezett tevékenységet végző szerv - a csoportos biztosítási szerződés és a károk nyilvántartásának működtetése céljából hozzáfér a Biztosítók által nyilvántartott adatokhoz.

A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás

23. A Biztosító – a veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében – a jogszabályban, vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatás jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz. A Biztosító a más biztosító által hozzá intézett, a fentiek szerinti megkeresés esetén a megkeresésben szereplő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkereső biztosítóknak.
24. A megkeresés illetve az adatátadás az alábbi adatokra vonatkozhat:
- 24.1. baleseti-, betegségi- vagy életbiztosítási kockázatok (pl. keresőképtelenség, rokkantsági, haláleseti szolgáltatás) vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatosan: **(1)** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatai; **(2)** a biztosítandó vagy a biztosított személy adataival, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok; **(3)** az (1) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – a baleseti-, betegségi- vagy életbiztosítási ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos - biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; **(4)** a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és **(5)** a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
- 24.2. munkanélküliségi kockázat vonatkozásában a szerződés teljesítésével kapcsolatban: **(1)** a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatai; **(2)** a biztosítandó vagy biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatok; **(3)** az (1) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatok; **(4)** a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és **(5)** a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.
25. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.
26. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.
27. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, a fenti 26. pontban meghatározott időtartam meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
28. Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
29. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a 23. pontban meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
30. A megkereső biztosító az általa tett megkereséséről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az Infotv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

Különös Biztosítási feltételek Életbiztosítási kockázat

A **CARDIF Életbiztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bármely - ki nem zárt - okból bekövetkezett halála. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a halál napja.

2. § A Biztosító szolgáltatása

2.1. A biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító a jelen feltételekben, valamint a vonatkozó csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételekkel megteríti **(1)** a Biztosított

- kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a kölcsön-szerződés alapján folyósított kölcsönösszegből a halálozás napján fennálló tartozás összegét, **(2)** a Biztosított örököse által megadott bankszámlára pedig a folyósított kölcsönösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbség összegét.
- 2.2. Ha a jogerős hagyatékatadó végzés több örököst nevesít, a Biztosító a folyósított kölcsönösszeg és a halálozás napján fennálló kölcsöntartozás közötti különbség összegét az örökösök között fejenként egyenlő arányban megosztja és az egyes örökösök részére járó összeget utalja az általuk megadott bankszámlaszámra.
- 2.3. **Hitelkiváltás esetén a Biztosító a szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételek 13.3.1. pontja figyelembe vételével nyújtja.**

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. halotti anyakönyvi kivonat és a halottvizsgálati bizonyítvány másolata,
- 3.1.2. boncolási jegyzőkönyv (ha készült) másolata.

Különös Biztosítási Feltételek

Balesetből eredő, min. 50%-os egészségkárosodás kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (a továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1. §-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkezett balesetből eredő olyan testi fogyatkozása, melynek következtében
- 1.1.1. egyéb októl függetlenül a Biztosított legalább 50%-os egészségkárosodását (rokkantságát) állapítja meg jogerős határozatában a magyar szakigazgatási szerv, vagy
- 1.1.2. ha a Biztosított rendszeres pénzellátásban (pl. nyugdíj) részesül és emiatt a fenti 1.1.1. pont szerinti esemény bekövetkezése nem lehetséges, az alábbi 3.2. pontban szereplő rokkantsági tábla alkalmazásával a Biztosított 50%-ot meghaladó mértékű egészségkárosodását állapítja meg a Biztosító orvosa.
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja **(1)** a fenti 1.1.1. pont szerinti esetben az a nap, amelyen a szakigazgatási szerv a legalább 50%-os egészségkárosodás miatti rokkantságot megállapító jogerős határozatát meghozta, **(2)** a fenti 1.1.2. pont szerinti esetben a baleset napja.

2. § A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító a jelen feltételekben, valamint a vonatkozó csoportos biztosítási szerződésben meghatározott feltételekkel megteríti **(1)** a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan a Bank által vezetett egyedi hitelszámlára a kölcsönszerződés alapján folyósított kölcsönösszegből a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában (ld. a fenti 1.2. pontban) fennálló tartozás összegét, **(2)**, a Biztosított által megadott bankszámlára pedig a folyósított kölcsönösszeg és a fennálló kölcsöntartozás közötti különbség összegét.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
- 3.1.1. az egészségkárosodás mértékét megállapító szakhatóság állásfoglalás / szakvélemény másolata,
- 3.1.2. a rokkantságot és a rokkantsági ellátást megállapító jogerős határozatot,
- 3.1.3. az egészségkárosodás megállapítására jogosult szerv által rendszeresített nyomtatványok, jogerős határozatok, és egyéb orvosi indokolások dokumentációinak hiteles másolatait.
- 3.2. **Ha a fenti 1.1.1. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosított egészségkárosodását az erre feljogosított szakigazgatási szerv a Biztosítottól vonatkozó szakhatósági állásfoglalás / szakvélemény alapján nem csupán az elszenvedett baleset következményének alapul vételével, hanem egyéb ok(ok)ra is tekintettel állapította meg (pl. korábbi állapot, vagy össz-szervezeti okok figyelembe vétele), akkor a Biztosító orvosa jogosult arra, hogy az egészségkárosodásnak az elszenvedett balesetből eredő mértékét az erre feljogosított szakigazgatási szerv által megállapított szakhatósági állásfoglalásban / szakvéleményben megállapított mértéktől eltérő mértékben állapítsa meg. Ilyen esetben, valamint a fenti 1.1.2. pont szerinti biztosítási esemény esetében a Biztosító orvosa a balesetből eredő egészségkárosodás mértékét az alábbiakban megállapított %-os mértékek alapul vételével határozza meg:**

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka
Egy kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működéséptelensége	70%
Egy kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működéséptelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt történő teljes elvesztése vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működéséptelensége	60%
Egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működéséptelensége	20%
Egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működéséptelensége	10%
Bármely más kézüj teljes elvesztése vagy teljes működéséptelensége	5%
Egyik comb csípőizületben történő elvesztése vagy a csípőizület teljes működéséptelensége	70%
Egyik comb részleges csonkolása vagy a térdizület teljes működéséptelensége	60%
Egyik lábszár részleges csonkolása	50%

Egyik bokaizület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
Egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
Bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
A szaglólórzék teljes elvesztése	10%
Az ízelőképesség teljes elvesztése	5%

3.3. Ha a balesetből eredő egészségkárosodás mértéke a 3.2. pontban szereplő táblázat alapján nem állapítható meg, akkor azt a biztosító orvosa aszerint állapítja meg, hogy a testi és/vagy szellemi működőképesség a baleset következtében orvosi szempontból milyen mértékben csökkent.

4. § Kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az egészségkárosodás megállapítására vonatkozó kérelem benyújtása után felvett kölcsönökre.

5. § Fogalom meghatározások

Jelen feltételek szempontjából **baleset**nek minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított egészségkárosodását idézi elő.

Különös Biztosítási Feltételek

Keresőképtelenségi kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy az 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából **biztosítási esemény** a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, betegségből vagy balesetből eredő **60 napot meghaladó folyamatos betegségállománya** (továbbiakban: keresőképtelenség).
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a keresőképtelenség 61. napja.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset vagy betegség következményei minősülnek biztosítási eseménynek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító megfizeti a biztosítási esemény időpontjától esedékes törlesztőrészlet összegét (meghatározását ld. az 5.4 pontban) **(1)** a Bank által a Biztosított kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitelszámlára, valamint **(2)** ugyanekkor a Biztosított által megadott bankszámlára.
- 2.2. **A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a keresőképtelenség megszűnéséig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.**
- 2.3. Ha a biztosítási szolgáltatás megszűnését követő 60 napon belül a Biztosított a korábbi biztosítási eseményt kiváltó ok miatt újabb keresőképtelenné válik, akkor az ilyen keresőképtelenséget a Biztosító az előző biztosítási esemény folytatásaként tekinti és a keresőképtelenség bekövetkezése után azonnal szolgálat.
- 2.4. **A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 24 havi szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.**
- 2.5. **Hitelkiváltás esetén a Biztosító a szolgáltatást az Általános Biztosítási Feltételek 13.3.1. pontja figyelembe vételével nyújtja.**

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri:
 - 3.1.1. az „Orvosi igazolás a keresőképtelen állományba vételről” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 3.1.2. a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által kiállított olyan igazolás vagy egyéb dokumentum másolatát, amely tartalmazza a keresőképtelen állapotban tartás alapjául szolgáló betegség(ek) vagy állapot(ok) megnevezését vagy BNO kódját,
 - 3.1.3. az „Orvosi igazolás a folyamatos keresőképtelenségről” elnevezésű nyomtatvány másolatát.
- 3.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja folyamatosan keresőképtelen állományban van. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a keresőképtelenség 61. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 3.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatáshoz (ha az jár) a 3.1.3 pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 3.4. További szolgáltatást (ha az jár) a Biztosító abban az esetben nyújt, ha a Biztosított igazolja, hogy keresőképtelensége a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészlet esedékességét követő legközelebbi havi törlesztőrészlet esedékességének időpontjában is folyamatosan fennáll. A teljesítéshez a 3.1.3. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet annak a havi törlesztőrészletnek az esedékességi napján vagy azt követően állítottak ki, amelynek a megfizetését a Biztosított a Biztosítótól kéri.
- 3.5. **Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a keresőképtelenségi-**

nek további fennállását a 3.3 pont szerint nem igazolja, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást, amennyiben a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

4. § Kizárások

- 4.1. **A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:**
 - 4.1.1. **aszténiával, depresszióval és nem baleseti eredetű más mentális rendellenességekkel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.2. **nem balesetből eredő (pl.: posztraumatikus stressz szindróma) pszichológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.3. **detoxikációval, alvászterápiával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.4. **geriátriai vagy gerontológiai kezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.5. **rehabilitációval, utógondozással kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.6. **gyógyterápiával, logopédiával kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.7. **gyógytornával, fizio- és fizioterápiával, masszázssal, fürdőkezeléssel, gyógykezeléssel kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.8. **orvosilag nem indokolt, a Biztosított által kezdeményezett beavatkozásokkal (például kozmetikai, plasztikai beavatkozások) kapcsolatos keresőképtelenségre,**
 - 4.1.9. **anysággal összefüggő keresőképtelenségre (kivéve a balesetből eredő keresőképtelenséget), mint:**
 - 4.1.9.1. **terhesség és szülés miatti keresőképtelenség,**
 - 4.1.9.2. **gyermekápolási táppénz,**
 - 4.1.9.3. **GYES-en, GYED-en lévő Biztosított keresőképtelensége (kivéve, ha a Biztosított a GYES vagy GYED mellett kereső tevékenységet folytat - ha ez a vonatkozó jogszabályok alapján számára megengedett - és e kereső tevékenység folytatása során válik keresőképtelenné),**
 - 4.1.10. **olyan keresőképtelenségre, amely alatt a Biztosított jövedelemszerző tevékenységet folytat,**
 - 4.1.11. **olyan keresőképtelenségre, amely nem a Biztosított egészségi állapota miatt következett be,**
 - 4.1.12. **a keresőképtelenség időtartama alatt történt belépés esetén arra a keresőképtelenségre, amelynek tartama alatt a Biztosított a csatlakozási nyilatkozatot tette,**
 - 4.1.13. **a kölcsönszerződés felmondása után bekövetkező keresőképtelenségre.**
- 4.2. **Amennyiben Magyarország bevezeti a sorkatonaság intézményét, vagy más, ezzel egyenértékű honvédelmi kötelezettséget, úgy a Biztosító a Biztosított ezen kötelezettség-teljesítése alatt fennálló keresőképtelenséget nem tekinti biztosítási eseménynek, és ilyen címen szolgáltatást sem teljesít.**

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. Jelen feltételek szempontjából **baleset**nek minősül a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított időleges keresőképtelenségét idézi elő.
- 5.2. Jelen feltétel szempontjából **kórháznak** minősül a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll.
- 5.3. Jelen feltétel szempontjából **keresőképtelen** az, aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni, aki fekvőbeteg-gyógyintézetben ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részese, illetve az a személy, akit közegészségügyi okokból foglalkozásától eltiltanak és más beosztást nem kap, vagy akit közegészségügyi okokból hatóságilag elköltöztetnek, továbbá aki járványügyi-, illetve állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható, és a keresőképtelenség elbírálására és igazolására jogosult orvos vagy kórház által igazoltan, saját jogon keresőképtelen állományban van.
- 5.4. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres - a Bank által kimutatott - havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamatjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit, valamint a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díját (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.2. pontját).

Különös Biztosítási Feltételek

Munkanélküliségi kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. E feltételek szempontjából **biztosítási esemény** a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselésének tartama alatt bekövetkezett **60 egymást követő napot meghaladó álláskeresőként (munkanélküliségként) történő nyilvántartása.**
- 1.2. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a Biztosított álláskeresőként (munkanélküliségként) nyilvántartott állapotának a 61. napja.
- 1.3. **E különös biztosítási feltételek szerint kizárólag a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt - a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül - bekövetkezett vétkes és a Biztosított akaratán kívüli ok miatti álláskeresővé (munkanélküliség) válása minősül biztosítási eseménynek.**

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. A Biztosító megfizeti a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjától esedékes törlesztőrészlet összegét (meghatározását ld. a 6.2. pontban) **(1)** a Bank által a Biztosított

kölcsönszerződéséhez kapcsolódóan vezetett egyedi hitelszámlára, valamint (2) ugyanakkora összeget a Biztosított által megadott bankszámlára.

- 2.2. A Biztosító a 2.1. pont szerinti szolgáltatást (i) a Biztosított álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántartása megszűnésének időpontjáig, vagy (ii) a kockázatviselés megszűnésének időpontjáig, (iii) de - egy biztosítási esemény kapcsán - legfeljebb 6 egymást követő hónapig fizeti, attól függően, hogy ezen időpontok közül melyik következik be a leghamarabb.
- 2.3. Ha a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége 6 havi szolgáltatás kifizetése miatt szűnt meg, akkor a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége kizárólag abban az esetben nyílik újra meg, ha (1) az érintett Biztosított a megszűnést követően ismétlenül a 6.3 pont szerinti munkaviszonyt létesített, majd azt követően ismétlenül munkanélkülivé vált és (2) a Biztosító szolgáltatásának emített okból történő megszűnése és az újból munkanélkülivé válás között 12 hónapos, díjfizetéssel fedezett időszak eltelt.
- 2.4. A biztosítás tartama alatt összesen kifizetett 24 havi szolgáltatást követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége megszűnik.

3. § Várakozási idő

Álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetére a Biztosító a kockázatviselés kezdetétől számítandó 60 napos várakozási időt határoz meg. Ha a Biztosított munkaviszonya a várakozási idő alatt szűnt meg, a Biztosító az emiatt bekövetkezett álláskeresővé (munkanélkülivé) válás esetében sem a várakozási idő alatt, sem annak lejártát követően nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

Hitelkiváltás esetén ha az Előzményi Kölcsönszerződésre vonatkozó kockázatviselés megszűnését az Új Kölcsönszerződésre vonatkozó kockázatviselés kezdete megszakítás nélkül követi, akkor az Új Kölcsönszerződésre vonatkozó kockázatviselési kezdettől nem kell újból alkalmazni a várakozási időt, amennyiben az Előzményi Kölcsönszerződés esetén az már letelt. (ld. még az Általános Biztosítási Feltételek 13.3.2. pontját).

4. § A Biztosító teljesítése, teljesítéshez szükséges iratok

- 4.1. A Biztosító teljesítési kötelezettségének megállapításához - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - a következő dokumentumokat kéri, illetve kérheti:
 - 4.1.1. a munkáltató által kitöltött „Igazolólap az álláskeresősi járadék megállapításához” elnevezésű nyomtatvány másolatát,
 - 4.1.2. az Országos Egészségbiztosítási Pénztár - a biztosítási jogviszonyról és egészségbiztosítási ellátásokról szóló - igazolványának másolatát,
 - 4.1.3. a munkáltató által kitöltött igazolás másolatát a munkaviszony megszűnéséről,
 - 4.1.4. a munkaviszonyt megszüntető írásbeli jognyilatkozat (felmondás vagy közös meg egyezés) másolatát,
 - 4.1.5. a megszünt munkaviszonyra vonatkozó munkaszerződés másolatát,
 - 4.1.6. a munkaügyi központ vagy kirendeltség igazolását, hogy a Biztosított az adott hónapra vonatkozóan mely időpontig mely időpontig regisztrált álláskereső,
 - 4.1.7. az álláskeresősi járadék iránti kérelem, vagy - ha van - annak megállapító esetleg elutasító határozatának másolatát, esetleg a megállapított járadék vagy segély havi összegéről szóló szelvény fénymásolatát,
 - 4.1.8. ha a munkaviszony megszüntetése miatt munkaügyi per indul, az ennek során keletkezett iratokat, amennyiben ezek a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához szükségesek.
- 4.2. Az első szolgáltatást a Biztosító akkor teljesíti, ha a Biztosított igazolta, hogy több mint 60 napja megszakítás nélkül álláskeresőként tartja nyilván a munkaügyi központ vagy kirendeltség. A teljesítéshez a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a megszakítás nélkül álláskeresőként nyilvántartott állapot 61. napján vagy azt követően állítottak ki.
- 4.3. Az első szolgáltatást követő további szolgáltatásához (ha az jár) a 4.1.6. pont szerinti olyan igazolás szükséges, amelyet a Biztosító által legutóbb megfizetett havi törlesztőrészletet követő legközelebbi törlesztőrészlet esedékességi napját legfeljebb 10 nappal megelőzően állítottak ki.
- 4.4. Ha a Biztosító által teljesített szolgáltatást követően a Biztosított a 4.2 pont szerint nem igazolja, hogy továbbra is nyilvántartott álláskereső, a Biztosító kötelezettségét teljesítettnek, és a szolgáltatást befejezettnek tekinti. A Biztosító visszamenőleges hatállyal teljesíti a szolgáltatást abban az esetben, ha a Biztosított pótolja az igazolást. A késedelem miatt felmerült kamatot, egyéb költséget a Biztosító nem fizet.

5. § Kizárások

- 5.1. A Biztosító kockázatviselése - az Általános Biztosítási Feltételekben foglaltakon túl - nem terjed ki:
 - 5.1.1. a határozott tartamú munkaviszonyra, valamint a munkaerő-kölcsönzés céljából létesített munkaviszonyra,
 - 5.1.2. olyan Biztosítottra, aki az álláskeresővé válását megelőzően (i) nem állt a 6.3 pont szerinti munkaviszonyban, vagy (ii) a 6.3 pont szerinti munkaviszonyban állt ugyan, de a munkaviszony megszűnését megelőző 6 hónap során a munkavégzése - a táppénz, illetve a munkáltató érdekkörében felmerült ok kivételével - szünetelt,
 - 5.1.3. a munkaviszony megszűnésére, ha (i) a munkáltatói jogok gyakorlója a Biztosított vagy a Biztosított hozzátartozója, vagy (ii) a Biztosított az adott munkáltatónál többségi tulajdonnal vagy meghatározó befolyással rendelkezik, vagy (iii) a Biztosított a munkáltató üzletvitelét befolyásoló döntések meghozatalára jogosult vagy egyéb vállalati vezetési befolyással rendelkezik,
 - 5.1.4. a munkaviszony közös megegyezéssel történő megszűnésére, kivéve ha a benyújtott dokumentumokból megállapítható, hogy azt nem a Biztosított kezdeményezte,
 - 5.1.5. a munkaviszonynak a Biztosított által kezdeményezett felmondás miatti megszűnésére,
 - 5.1.6. a munkaviszony próbaidő alatti megszűnésére,
 - 5.1.7. a munkaviszonynak a munkáltató által kezdeményezett azonnali hatályú felmondással történő megszüntetésére, illetve ha a munkáltató a Biztosított magatartása miatt felmondással élt,
 - 5.1.8. a munkáltató általi felmondásra öregségi-, rokkantság miatti nyugdíjazás esetén,
 - 5.1.9. a Biztosított munkaviszonyának megszűnésére, ha azt a munkáltató a biztosítás kezdete előtt már írásban közölte vagy bejelentette,
 - 5.1.10. a felmondó levél kézhezvételének napját követően felvett kölcsönökre.

- 5.2. Az 5.1.2 pontban szereplő kizárás nem alkalmazandó abban az esetben, ha a Biztosított a csatlakozásakor és az azt követő 12 hónap során folyamatosan, valamint az álláskeresővé válását megelőzően a 6.3 pont szerinti munkaviszonnyal rendelkezett, de az álláskeresővé válását megelőzően GYES-en vagy GYED-en volt, majd az ellátásra való jogosultsági időtartam lejártát követően a munkáltató a Biztosított munkaviszonyát megszüntette.

6. § Fogalom meghatározások

- 6.1. **Álláskereső (munkanélküli)** az, aki a vonatkozó jogszabályok alapján (i) az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő jogviszony kivételével munkajogviszonyban nem áll, (ii) egyéb kereső tevékenységet nem folytat, és (iii) akit a munkaügyi központ/kirendeltség álláskeresőként (munkanélküliként) nyilvántart.
- 6.2. Jelen feltétel szempontjából a **havi törlesztőrészlet** a kölcsönszerződés keretében a Biztosított által felvett kölcsön visszafizetésére irányuló rendszeres - a Bank által kimutatott - havi törlesztés, amely tartalmazza a tőke, a kamat, kamatjellegű jutalék és egyéb kezelési költségek részleteit, valamint a hitelfedezeti biztosítási szolgáltatás díját (ld. az Általános Biztosítási Feltételek 9.2. pontját).
- 6.3. **Munkaviszony:** legalább heti 30 órás, határozatlan tartamú, (i) a Munka Törvénykönyvéről szóló törvény „Mt.”) hatálya alá tartozó munkaviszony, továbbá a magyar jog hatálya alá tartozó (ii) közszolgálati jogviszony, (iii) közalkalmazotti jogviszony, (iv) bírósági és igazságügyi- illetőleg ügyészségi szolgálati viszony, (v) fegyveres és rendvédelmi szervek hivatásos és szerződéses állományú tagjainak szolgálati viszonya.

Különös Biztosítási Feltételek

Balesetből eredő, 3 napot meghaladó kórházi kezelés kockázat

A **CARDIF Biztosító Zrt.** (továbbiakban: Biztosító) a csoportos biztosítási szerződés alapján díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a 1.§-ban meghatározott biztosítási esemény bekövetkezése esetén a 2.§-ban meghatározott szolgáltatást nyújtja. Jelen különös feltételekben foglaltak a CARDIF Életbiztosító Zrt. és a CARDIF Biztosító Zrt. vonatkozó Általános Biztosítási Feltételeivel együtt érvényesek.

1. § A biztosítási esemény

- 1.1. Jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján biztosítási eseménynek minősül a **Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset közvetlen következményeként kórházban fekvőbetegként, az önrészesedés tartamát (3 naptári nap) meghaladó folyamatos kezelése.**
- 1.2. A biztosítási esemény a kórházi kezelés negyedik napján 0 órakor következik be. Az önrészesedés számítása során a kórházi felvétel napja minősül az első napnak.

2. § A Biztosító szolgáltatása

- 2.1. **A Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó igazolás kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett napok számából levonja az önrészesedést (3 nap), majd az így kapott napok számával megszorozza a napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) és ezt az összeget egy összegben megfizeti a Biztosított által megadott bankszámlára.** Ha a Biztosított az első kifizetést követően továbbra is megszakítás nélkül kórházi fekvőbeteg ellátásban részesül, akkor a Biztosító a kórházi tartózkodásra vonatkozó újabb igazolás(ok) kézhezvételét követően az igazolásban feltüntetett, még ki nem fizetett napok számának megfelelő összegű napi térítési összeget (10.000,- Ft / nap) fizet a Biztosított által megadott bankszámlára.
- 2.2. **A Biztosító szolgáltatási kötelezettségének felső határa**
A Biztosító egy biztosítási eseményből eredően összesen legfeljebb 30 napi, a biztosítás tartama alatt összesen legfeljebb 120 napi szolgáltatást fizetését vállalja.

3. § A Biztosító teljesítése, a teljesítéshez szükséges dokumentumok

- 3.1. A Biztosított köteles - az Általános Biztosítási Feltételek 14.§-ában felsoroltak mellett - a Biztosított részére benyújtani a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolásokat.
- 3.2. A Biztosított vagy az általa meghatalmazott személy köteles a biztosítási eseményt a Biztosított részére írásban bejelenteni, melyhez mellékelni kell a kórházi kezelés tartamára, okára és baleseti eredetére vonatkozó igazolás(ok)at.
- 3.3. A Biztosító a jelen kockázatviselés alapján fizetendő összegeket a Biztosított által megadott bankszámlára történő utalással teljesíti.

4. § Kizárások

- 4.1. A Biztosító kockázatviselése - az általános biztosítási feltételekben foglaltakon túl -nem terjed ki az alábbiakban felsorolt (akár köz-, akár magánintézményben, kórházban vagy klinikán folytatott) kórházi kezelésekre: kúra, pihenés, rehabilitáció, lábadozás, visszaszoktatás, újraképzés, nem baleseti eredetű pszichiátriai kezelés.

5. § Fogalom meghatározások

- 5.1. **Baleset:** a Biztosított akaratától függetlenül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amely a kockázatviselés tartama alatt, de legkésőbb a balesetet követő egy éven belül a Biztosított kórházi fekvőbeteg ellátását teszi szükségessé. Jelen szerződés szempontjából nem minősül balesetnek: (i) betegségek vagy azok következményei, beleértve a sebészeti beavatkozásokat is, vagy az ezen beavatkozások közvetlen vagy közvetett következményei, (ii) „rendszeri baleset” vagy külső trauma nélkül bekövetkezett belső vérzés.
- 5.2. **Kórház:** a magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll. Jelen biztosítási feltételek szempontjából nem minősülnek kórháznak - még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek - a (1) szanatóriumok, (2) rehabilitációs intézetek, (3) gyógyfürdők, (4) gyógyüdülők, (5) elmekegészségügyi és egyéb pszichiátriai rendellenességekkel küzdő betegek gyógy- és gondozóintézetek, (6) geriátriai, „krónikus” intézetek, (7) szociális otthonok, (8) alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, illetve kórházak, valamint (9) kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai, feltéve, hogy a Biztosított az osztály jellegének megfelelő szolgáltatásban részesül.